

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1923

THÈSE

293

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# Tuberculose Chirurgicale

## DE LA RATE

PAR

J.-L. MAGNAC

Interne de l'Hôpital de Versailles

---

*Président : M. LECÈNE, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—  
1923

105

293

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Mag

1896

THE

UNIVERSITY OF MICHIGAN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1923

# THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# Tuberculose Chirurgicale

## DE LA RATE

PAR

J.-L. MAGNAC

Interne de l'Hôpital de Versailles

---

*Président : M. LECÈNE, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—  
1923

# Faculté de Médecine de Paris

**DOYEN**.....

**M. ROGER**

**PROFESSEURS**.....

**MM.**

Anatomie.....  
Anatomie médico-chirurgicale.....  
Physiologie.....  
Physique médicale.....  
Chimie organique et chimie générale.....  
Bactériologie.....  
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....  
Pathologie et Thérapeutique générale.....  
Pathologie médicale.....  
Pathologie chirurgicale.....  
Anatomie pathologique.....  
Histologie.....  
Pharmacologie et matière médicale.....  
Thérapeutique.....  
Hygiène.....  
Médecine légale.....  
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....  
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS  
CUNEO  
CH. RICHEL  
André BROCA.  
DESGREZ  
BEZANÇON  
BRUMPT  
MARCEL LABBE  
N.  
LECENE.  
LETULLE  
PRENANT  
RICHAUD  
CARNOT  
LÉON BERNARD  
BALTHAZARD  
MENETRIER  
ROGER  
ACHARD  
WIDAL  
GILBERT  
CHAUFFARD  
MARFAN  
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1<sup>re</sup> enfance.....  
Clinique des maladies des enfants.....  
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-  
céphale.....  
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....  
Clinique des maladies du système nerveux.....  
Clinique des maladies contagieuses.....

CLAUDE  
JEANSELME  
PIERRE MARIE  
TEISSIER  
DELBET  
LEJARS  
HARTMANN  
GOSSET  
DE LAPERSONNE  
LEGUEU  
BRINDEAU  
JEANNIN  
COUVELAIRE  
J. L. FAURE  
AUGUSTE BROCA  
VAQUEZ  
SEBILEAU  
DUVAL  
SERGENT

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....  
Clinique des maladies des voies urinales.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....  
Clinique chirurgicale infantile.....  
Clinique thérapeutique.....  
Clinique oto-rhino-laryngologique.....  
Clinique thérapeutique chirurgicale.....  
Clinique propédeutique.....

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

**MM.**

ABRAMI  
ALGLAVE  
BASSET  
BAUDOIN  
BLANCHETIERE  
BRANCA  
CAMUS  
CHAMPY  
CHEVASSU  
CHIRAY  
CLERC  
DEBRÉ  
DESMAREST

DUVOIR  
FIESSINGER  
GARNIER  
GOUGEROT  
GREGOIRE  
GUENIOT  
GUILLAIN  
HEITZ-BOYER  
JOYEUX  
LABBE (HENRI)  
LAIGNEL-LAVASTINE  
LANGLOIS

LARDENNOIS  
LE LORIER  
LEMIERRE  
LEQUEUX  
LEREBoullet  
LERI  
LEVY-SOLAL  
MATHIEU  
METZGER  
MOCQUOT  
MULON  
OKINCZYC  
PHILIBERT

RATHERY  
REITTERER  
RIBIERRE  
ROUSSY  
ROUVIERE  
SCHWARTZ (A)  
TANON  
TERRIEN  
TIFFENEAU  
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE VERSAILLES

A M. LE DOCTEUR HENRI COLIN

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE SAINTE-ANNE  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR H. MONDOR

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS  
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE PARIS

A M. LE DOCTEUR R. FRANÇOIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE VERSAILLES

A M. LE DOCTEUR MAURICE HEPP

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE VERSAILLES

A M. LE PROFESSEUR PAUL LECÈNE  
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE  
CHIRURGIEN DES HOPITAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.*

## Introduction

---

La tuberculose de la rate est une affection anciennement connue. Laennec, plus tard Cruveilhier remarquèrent sa fréquence au cours de tuberculoses évolutives. Plus récemment Besançon lui accorda une large place dans sa thèse inaugurale. Mais ces auteurs n'avaient en vue que la tuberculose secondaire de cet organe, affection d'un intérêt médiocre puisqu'elle ne constitue qu'une des localisations multiples d'une tuberculose généralisée.

En 1898, Quénu et Baudet, les premiers, attirèrent l'attention des médecins sur une forme de tuberculose localisée à la rate. En plus d'une observation personnelle ils apportaient cinq observations dues à des auteurs anglais de splénotuberculose primitive traitée chirurgicalement.

En 1899, Rendu et Widal, Moutard Martin et Lefas, Achard et Castaigne faisaient de la tuberculose localisée de la rate, l'objet de diverses communications à la Société Médicale des hôpitaux de Paris. Deux ans plus tard, Collet et Gallavardin apportaient de cette affection une étude anatomique et clinique des plus complètes. Puis parurent les travaux de Janselme et Weil, de Chauffard et Castaigne, de Cour-

mont, Tixier et Bonnet, de Ferrand et Rathery, d'Olmer, de Lorrain et Aubertin, etc., les thèses de Raine, Lefas, Brémon, Bloch tous travaux dont on trouvera l'indication dans notre bibliographie.

Tous ces travaux sur la tuberculose localisée de la rate, forme essentiellement chirurgicale, forme isolée par un chirurgien, appartiennent à des médecins ; c'est parce que le diagnostic de l'affection ne fut fait qu'à l'autopsie.

Dans toute la littérature médicale de notre pays, nous n'avons pu retrouver que trois cas de tuberculose primitive de la rate traités chirurgicalement : cas de Quénu et Baudet 1898, cas de Lannelongue et Vitrac 1898, cas de Delore 1906. Nous en apportons un quatrième. C'est celui d'une jeune fille de 15 ans, splénectomisée en 1921, à l'hôpital de Versailles, par les docteurs Milon et François, pour un volumineux abcès froid de la rate et qui est aujourd'hui en excellent état de santé.

Enfin nous avons recherché parmi les travaux étrangers tous les cas de tuberculose primitive de la rate qui ont été opérés. Déjà, en 1909, Fisher pouvait en réunir 12 cas. Nous en avons réuni 24 mais nous n'apportons que ceux dont nous avons pu contrôler les observations dans le texte original. Ils sont au nombre de 19. Ce nombre est peu considérable. Il montre évidemment que la tuberculose localisée de la rate est une affection rare, mais il montre surtout que c'est une affection peu connue. Nous en trouvons la preuve dans le nombre des cas pu-

bliés par les médecins (plus de cent) dont le diagnostic n'a été fait qu'après la mort. Si l'on songe aux cas plus nombreux encore qui ont passé inaperçus, même à l'autopsie parce que la tuberculose primitivement localisée à la rate s'est généralisée aux autres organes, on se rendra compte de l'importance qui s'attache à l'étude de cette affection. Bien plus, la tuberculose primitive de la rate abandonnée à elle-même, suit une marche fatalement mortelle. Au contraire, diagnostiquée à temps, elle impose l'intervention chirurgicale qui, le plus souvent, amène la guérison.

---

## Définition

---

Nous ne parlerons dans cette étude que de la tuberculose chirurgicale de la rate. On la désigne encore sous le nom de tuberculose localisée (ce qui est plus exact), de tuberculose primitive, terme qui demande une explication. Cette désignation de tuberculose primitive ne signifie pas que l'envahissement de la rate par le bacille de Koch a précédé celui de tout autre organe (ce qui du reste paraît impossible), elle signifie que la tuberculose de la rate a évolué d'une façon autonome, indépendamment de toute autre évolution tuberculeuse. Elle est, en l'espèce, le centre autour duquel gravitent les autres symptômes et s'il existe toutefois un autre foyer tuberculeux c'est, par rapport à la localisation splénique, un foyer atténué ou un foyer éteint, reliquat d'une atteinte antérieure. La tuberculose chirurgicale de la rate est comparable à la tuberculose du rein, par exemple, avec cette différence que, plus que cette dernière encore peut-être, elle nécessite une intervention précoce car, comme nous nous efforcerons de le démontrer, il n'existe pas de traitement médical de la tuberculose localisée de la rate.

## Etiologie

---

L'affection qui nous occupe a été vue à tous les âges : chez l'enfant, chez l'adulte, chez le vieillard. Cependant elle est rare aux âges extrêmes. Elle est plus fréquente chez l'adulte et surtout chez la femme.

Il semblerait, d'après nos observations, que la grossesse soit une cause prédisposante. Nous rapportons l'histoire de plusieurs malades qui ont remarqué pour la première fois leur tumeur après leurs couches (observations de Franke, Burke, Bland, Sutton, Delore). Dans la majorité des cas on ne retrouve aucun facteur étiologique net. Nous avons rencontré la grippe, le paludisme mais une seule fois. Plus souvent il existe des antécédents bacillaires soit personnels, soit héréditaires. On devra les rechercher avec soin, car leur constatation est de la plus grande importance au point de vue du diagnostic si difficile de l'affection.

---

## Anatomie Pathologique

---

La rate atteinte de tuberculose localisée est toujours augmentée de volume. Elle peut peser un ou plusieurs kilogs au lieu de 170 grammes, chiffre normal. Nous trouvons dans nos observations les poids extrêmes de 300 gr. (Lannelongue) et de 4000 gr. (Comminotti). Le poids moyen est de 1200 à 1500 gr. Les dimensions de l'organe sont augmentées dans tous les sens : le diamètre vertical (hauteur), atteint en général 30 cm., le diamètre frontal (largeur) 18 cm., l'épaisseur (diamètre antéro postérieur) 10 cm. Malgré son augmentation de volume, la rate conserve d'ordinaire sa forme normale, elle s'hypertrophie en masse ; cependant, dans les cas où les lésions tuberculeuses sont plus particulièrement localisées dans un des pôles de l'organe, la région malade seule peut être modifiée dans sa configuration.

La main qui cherche à apprécier les contours de la tumeur splénique peut la trouver libre (cas les plus rares) ou adhérente aux organes voisins : diaphragme, estomac, pancréas, intestin, rein aorte, veine cave, etc. Ces adhérences étaient parfois tellement intimes qu'elles ont rendu la splénectomie

impossible (cas de Hayden, Quénu et Baudet, Ciacio) qui ont dû marsupialiser la tumeur ou tout simplement refermer.

La capsule est en général épaissie ; elle peut présenter à sa surface soit des granulations grisâtres soit des nodules variant du volume d'une noisette à celui d'une orange. Ces nodules peuvent être uniques ou multiples.

La tumeur généralement solide peut être constituée presque tout entière par un volumineux abcès froid de la grosseur d'une tête d'enfant. Elle revêt alors la forme d'un kyste à contenu purulent ; c'est le cas personnel que nous rapportons plus loin. Nous n'avons pu relever aucun cas semblable dans la littérature médicale.

Comme il est facile de le prévoir par ce qui précède, la tuberculose peut présenter au niveau de la rate comme au niveau des autres organes les formes les plus diverses.

Les auteurs ont décrit, un peu trop schématiquement peut-être, des formes massive, hémorragique, nécrotique, scléro caséuse, etc. de la tuberculose primitive de la rate.

En réalité, l'examen des lésions histologiques montre que la tuberculose se présente, là comme ailleurs, sous trois formes principales.

1) Les granulations capsulaires, sous-capsulaires ou parenchymateuses. Plus ou moins nombreuses, elles sont parfois si petites et si discrètes qu'on a peine à les voir à l'œil nu. Histologiquement, ces

granulations présentent la structure folliculaire plus ou moins typique.

2) Les tubercules à contours généralement circulaires ou au contraire irréguliers, polylobés, de nombre et de volume variable. Ils donnent lieu à la forme sclérocaséeuse la plus fréquente. A la coupe, ils se présentent à la périphérie ou au milieu de la pulpe splénique sous la forme de blocs blanchâtres ayant parfois l'aspect crayeux, la consistance du mastic. Ils sont nettement limités par une coque fibreuse dans laquelle on trouve en bordure, l'infiltration lymphoïde et les follicules tuberculeux. De larges bandes fibreuses partant de la capsule envahissent le parenchyme où elles limitent des espaces plus ou moins larges dans lesquels la trame réticulée a subi un épaississement notable.

Les vaisseaux atteints d'endo ou de périartérite peuvent se rompre amenant des épanchements sanguins dans les mailles du tissu splénique.

Les corpuscules de Malpighi ont tendance à disparaître.

Le bacille de Koch a été retrouvé quelques fois ; le plus souvent il est absent mais l'inoculation au cobaye de fragments de rate choisis judicieusement est positive.

3) L'abcès froid de la rate à forme pseudokystique (voir notre observation).

Lésions des autres organes.

Il est fréquent, au cours de la splénectomie pour tuberculose localisée de la rate, d'observer des gan-

glions du hile hypertrophiés, durs ou ramollis, ne dépassant guère le volume d'une noix et présentant tous les caractères macroscopiques et microscopiques de la tuberculose ganglionnaire.

Il n'existe pas, dans la forme primitive de la tuberculose de la rate, la seule qui nous intéresse, de lésions apparentes des autres organes en dehors des adhérences le plus souvent de nature tuberculeuse qu'ils peuvent contracter avec la rate malade.

## Symptomatologie

---

### 1° SPLÉNOMÉGALIE.

On pourrait dire que ce qui domine dans l'histoire de la tuberculose chirurgicale de la rate, c'est l'absence de symptômes caractéristiques.

Un seul signe est constant, essentiel, c'est la splénomégalie.

La présence d'une tumeur dans l'hypochondre gauche a en effet attiré l'attention du malade. C'est pour elle qu'il se présente au médecin. Celui-ci n'a pas de peine à la percevoir. Parfois l'inspection permet déjà de constater les déformations de la région. Il existe souvent une voussure très nette produisant une asymétrie notable : Cette voussure porte en général sur la partie inférieure et gauche du thorax, s'avancant, parfois vers l'épigastre.

La palpation, qui est aisée à cause de l'absence totale d'ascite et de l'amaigrissement fréquent, permet de sentir une tumeur occupant tout l'hypochondre gauche, plongeant plus ou moins bas vers la fosse iliaque et s'étendant vers la droite jusqu'au voisinage de la ligne xyphopubienne, passant par

l'ombilic, ligne qu'elle peut dépasser. En arrière, elle peut s'étendre jusqu'à la masse sacro-lombaire, donnant très nettement le contact lombaire, comme c'est le cas dans notre observation et dans celle de Delore.

La forme générale de la tumeur peut être celle d'un ovoïde allongé ou d'une sphère descendant du rebord costal gauche jusqu'au voisinage de la crête iliaque. Son bord antérieur n'est pas toujours perçu ; d'autres fois, la main qui le palpe sent si nettement ses incisures qu'on peut immédiatement porter le diagnostic de splénomégalie.

L'ensemble de la tumeur peut être lisse ou au contraire parsemé de bosselures arrondies de volume variable.

La consistance peut être rénitente ou d'une dureté ligneuse.

La tumeur est le plus souvent mobile. Cette mobilité est spontanée, elle est commandée par les mouvements respiratoires ; la palpation peut aussi la provoquer.

Elle se fait le plus souvent dans le sens transversal, plus rarement dans le sens vertical. Parfois, au contraire, la rate intimement unie aux organes voisins par un magna compact, d'adhérences, constitue un bloc absolument fixe, rendant la splénectomie impossible.

La percussion décèle une matité d'étendue variable qui peut se confondre en haut et en dedans avec la matité hépatique. En général, les examens répé-

tés montrent un accroissement progressif de la tumeur.

Tous les signes physiques que nous venons d'énumérer ne présentent aucun caractère qui permette de distinguer la tuberculose localisée de la rate des autres splénomégalias ; aussi, il sera bon de s'entourer dans tous les cas des renseignements que l'on pourra retirer de l'examen des autres organes, de l'examen de l'état général, des méthodes de laboratoire.

## 2° EXAMENS DES AUTRES ORGANES.

L'appareil pulmonaire, le système ganglionnaire, les os et les articulations devront tout d'abord retenir l'attention du médecin.

Les divers auteurs qui se sont occupés de la tuberculose localisée de la rate n'ont pas attaché à l'examen de ces organes toute l'importance qu'il mérite. Les uns n'en parlent pas. Les autres déclarent que cet examen est toujours négatif. Et cependant nous avons relevé dans plusieurs de nos observations des atteintes antérieures de tuberculose pleurale, pulmonaire, ganglionnaire soit chez le malade, soit parmi ses ascendants (observations de Quénu et Baudet, de Delore, d'Albrecht, de Grillo, de Kummel, observation personnelle). On sait, d'autre part, combien il est difficile d'obtenir des malades des explications précises sur leur état de santé surtout pendant leur enfance et

leur adolescence, sur l'état de santé de leurs parents. On devra donc se livrer à un interrogatoire méthodique, patient, minutieux ; on le renouvellera au besoin, car il présente la plus grande importance au point de vue du diagnostic. Des antécédents bacillaires certains constituent un symptôme de la plus grande valeur. Joint à la splénomégalie, il fournira les plus fortes présomptions en faveur d'une tuberculose localisée de la rate. Tous les autres signes qu'on a décrits sont tellement variables et inconstants que leur connaissance n'apportera au médecin aucune aide pour le diagnostic si difficile de cette affection.

On a parlé des troubles digestifs comme d'un signe capital à mettre à côté de la splénomégalie. En réalité, ils sont souvent complètement absents. S'ils existent, ils ne présentent aucun caractère particulier. On a signalé « l'inappétence, l'état saburral de la langue, une haleine mauvaise, des digestions lentes et pénibles, des coliques intestinales fréquentes, des vomissements alimentaires, de la diarrhée, de la constipation » !

Les douleurs sont tout aussi variables. Elles peuvent manquer complètement. Ce n'est que par hasard que le malade remarque une grosseur dans le côté gauche, le plus souvent au-dessous des fausses côtes. Quand elles existent elles vont de la simple gêne jusqu'à la souffrance la plus aiguë, ne laissant aucun repos au malade, s'exaspérant par la pression

et par les mouvements, s'irradiant dans tout le côté gauche jusque dans l'épaule et dans la jambe.

Enfin, on a signalé l'hypertrophie du foie avec insuffisance de cet organe et hyperglobulie. Mais il ne s'agit déjà plus de tuberculose localisée de la rate, car c'est la preuve de la généralisation tuberculeuse à la glande hépatique (Lefas). L'affection va suivre une évolution fatale ; elle n'est plus du domaine chirurgical.

### 3° ETAT GÉNÉRAL.

Les malades atteints de tuberculose localisée de la rate sont le plus souvent amaigris. Ce symptôme est assez constant. Très rarement ils présentent des hémorragies (épistaxis, hématomèses, mœlena). La fièvre est très variable ; elle peut être inexistante ou affecter le type intermittent qui caractérise le paludisme. Rarement très élevée, elle dépasse exceptionnellement 39°. Enfin une anémie légère est la règle.

### 4° MÉTHODES DE LABORATOIRE.

Tous les auteurs signalent l'hyperglobulie. Nous ne l'avons jamais rencontrée. En réalité, ce symptôme (dont on a donné diverses interprétations) coïncide lorsqu'il existe avec l'hypertrophie du foie (Lefas, Rendu et Widai). Il apparaîtrait donc à la période de généralisation de la tuberculose splénique.

Nous avons noté, au contraire, dans presque toutes nos observations une légère diminution des globules rouges dont le nombre varie entre deux et quatre millions. Les globules blancs sont au taux normal ; 6000 à 8000 ; la formule leucocytaire est à peu près normale.

L'examen du sang fournit encore des documents qui n'ont qu'une valeur négative en ce sens qu'il fait éliminer les diverses affections rentrant dans le cadre des leucémies, les affections parasitaires : échinocoque, hématozoaire, la syphilis, etc.

Enfin, on ne négligera aucune des méthodes de laboratoire susceptibles de déceler la tuberculose. On pratiquera l'inoculation de tuberculine, la cuti-réaction, l'intradermoréaction, le sérodiagnostic d'Arloing et Courmont.

---

## Evolution. - Pronostic

---

L'évolution de la tuberculose primitive de la rate est toujours fatale. Elle se fait le plus souvent par poussées successives pendant lesquelles la tumeur augmente de volume. La durée de la maladie est de deux ans en moyenne, mais elle peut prendre brusquement une allure rapide emportant le malade en quelques semaines. Le foie et les ganglions sont les organes les plus fréquemment atteints. Ils indiquent la généralisation tuberculeuse qui est une contre-indication à l'intervention opératoire.

La mort survient, en effet, par généralisation tuberculeuse (tuberculose hépatique, péritonéale, pulmonaire, méningée) ; alors apparaissent, avec la cachexie terminale, les œdèmes, le subictère, l'oligurie, l'albuminurie, la faiblesse extrême, la fièvre qui dépasse 39°, la dyspnée, etc...

---

## Diagnostic

---

Le diagnostic de la tuberculose localisée de la rate est parmi les plus difficiles qui soient. Cela tient à ce que cette affection ne possède aucun symptôme pathognomonique. Même pièce en main, des chirurgiens expérimentés se sont trouvés en défaut. En 1913, Villard et Santy publiaient un cas de tuberculose massive de la rate avant que le résultat de l'examen histologique leur fut parvenu. Huit jours plus tard, ils annonçaient qu'ils avaient fait une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une tumeur maligne de cet organe qui, cliniquement et macroscopiquement, présentait tous les caractères de la splénotuberculose.

Sur 19 observations que nous rapportons, le diagnostic pré-opératoire n'a été fait qu'une seule fois. Son auteur (Kummel), nous raconte comment il fut amené à le faire : « Nous fîmes le diagnostic avant l'opération, dit-il, d'abord parce que nous venions d'opérer un cas semblable, ensuite parce que le malade était en traitement pour une poussée congestive des sommets et qu'il avait présenté pendant son enfance des adénites tubercu-

ieuses ». Nous pensons, en effet, que si le diagnostic de splénotuberculose n'est pas fait plus fréquemment, c'est parce que cette affection passe pour tellement rare que, pratiquement, elle ne se présente jamais à l'esprit du médecin. Et cependant celui-ci devra toujours y songer en présence d'une grosse rate, surtout s'il existe des antécédents bacillaires. Le diagnostic de tuberculose localisée de la rate a d'autant plus d'intérêt à être établi que la vie du malade est; on peut le dire, entre les mains du médecin.

Ce dernier devra s'assurer d'abord qu'il s'agit bien d'une tumeur de la rate, ensuite que cette tumeur est de nature tuberculeuse. C'est, on le voit, le diagnostic de toutes les splénomégalias qu'il faudra faire. Ce chapitre est admirablement décrit dans tous les traités, nous n'avons pas la prétention d'y ajouter quelque chose. Nous ferons simplement remarquer qu'il n'est pas toujours facile d'affirmer qu'il s'agit d'une grosse rate. Dans nos observations, on a pu confondre la splénotuberculose avec un cancer de l'angle colique gauche (Lannelongue et Vitrac), de l'estomac (Strehl), nue hydronéphrose gauche (Bayer). Les tumeurs de l'appareil digestif sont moins volumineuses, elles s'accompagnent de signes qui leur sont propres.

Les tumeurs du rein peuvent être beaucoup plus difficiles à distinguer des tumeurs spléniques. Là encore on se basera sur les troubles fonctionnels du côté de la sécrétion urinaire : pyurie, albuminurie,

hématurie, plus que sur les signes physiques car dans plusieurs de nos observations la rate présentait très nettement le contact lombaire (Delore, observation personnelle). Enfin, on pratiquera, si c'est nécessaire, le cathéterisme des uretères.

La splénomégalie reconnue, on cherchera, avant tout, dans les antécédents personnels et héréditaires du malade, ce qui pourrait faire penser à la nature tuberculeuse de l'affection. Cet examen est, nous le répétons, d'une importance capitale. On ne manquera pas de le compléter par les méthodes de laboratoire (injection de tuberculine, sero-diagnostic).

Puis on éliminera d'abord toutes les splénomégalias secondaires sous la dépendance d'une affection aiguë (typhoïde, endocardite infectieuse, etc.), ou d'une cirrhose hépatique : alcoolique, cardiaque, biliaire.

La splénomégalie paludéenne peut être assez difficile à distinguer de la splénotuberculose ; l'erreur a été commise plusieurs fois (observation de Ciacio, observation personnelle). Ici, la rate a tendance à se développer plus tôt transversalement vers l'ombilic que verticalement (Rendu) mais nous rapportons plusieurs cas de splénotuberculose où la tumeur atteignait ou même dépassait l'ombilic. La notion de l'existence d'accès paludéens antérieurs, la présence de l'hématozoaire dans le sang, les bons résultats obtenus par la quinine permettent, en général, le diagnostic.

De même la splénomégalie syphilitique peut être assez difficile à reconnaître. Là encore ce ne sont pas les signes tirés de l'examen de la rate mais les antécédents du malade, la découverte d'autres stigmates syphilitiques, le traitement d'épreuve qui feront faire le diagnostic.

Dans plusieurs de nos observations (Quénu et Baudet, observation personnelle), on avait pensé à un kyste hydatique, chose d'autant plus naturelle qu'il s'agissait de formes pseudo kystiques de tuberculose primitive de la rate. Il faut, dans ces cas, rechercher le frémissement hydatique et les petits signes de l'hydatide qui sont les mêmes pour la rate que pour le foie : urticaire, démangeaisons, etc.

L'examen du sang révélera l'éosinophilie. Enfin la réaction de Weinberg positive, fera nettement pencher le diagnostic en faveur de l'hydatide.

Le cancer primitif de la rate est une affection très rare. Il s'accompagnerait d'hypertrophie du foie, d'ictère, d'hémorragies, de troubles de compression du côté de l'abdomen. L'examen du sang indique une anémie très marquée.

Le cancer secondaire (plus fréquent) peut dépendre d'une néoplasie des reins, de l'estomac, du foie. La rate peut être déformée par des noyaux qui provoquent à la périphérie des adhérences et donnent la sensation de bosselures. La tumeur peut dépasser 2000 gr. La ressemblance avec la splénotuberculose peut être telle, que Villon et Santy publièrent, en 1913, une observation de tuberculose massive

de la rate alors qu'il s'agissait d'un cancer de cet organe, comme le confirma l'examen histologique. On recherchera donc la tumeur primitive. La cachexie progressive est de nature à faire penser à une hypertrophie néoplasique: Il ne faut point omettre l'examen du sang qui révèle souvent dans le cancer des déformations globulaires et l'existence d'une leucocytose passagère qui n'est pas constatée dans la tuberculose splénomégalique.

Le diagnostic avec les différentes leucémies se fera facilement par l'examen du sang.

Reste le groupe des splénomégalies primitives (maladie de Debove et Bruhl, etc.), et la maladie de Banti qu'il est impossible de catégoriser étiologiquement et dont l'existence ne paraît pas très nettement démontrée. « Des travaux récents permettent de penser que souvent la tuberculose splénique atypique se présente sous la forme de splénomégalie essentielle dont la véritable nature aurait été jusqu'ici méconnue » Weil.

De ce qui précède, il ressort nettement que le diagnostic de la tuberculose localisée de la rate se fait non pas tant par l'examen de cet organe que par l'étude des antécédents (personnels et héréditaires), par les méthodes de laboratoire, enfin par l'examen des autres organes, principalement des poumons, des os et des ganglions.

---

## Traitement

---

Le malade atteint de tuberculose localisée de la rate est voué à une mort certaine si le chirurgien n'intervient pas. C'est la conclusion qui se dégage de l'étude des observations publiées jusqu'à présent. Nous avons dit, au début de ce travail, qu'il existait plus de cent observations de tuberculose primitive de la rate publiées par des médecins et qu'elles se sont toutes terminées par la mort parce que le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie. Nous avons fait remarquer également qu'un plus grand nombre de cas encore a dû passer inaperçu, même à l'amphithéâtre, parce que la tuberculose primitivement localisée à la rate s'est généralisée aux autres organes. On pourrait objecter, en revanche, qu'il n'est pas impossible que la tuberculose atteigne si légèrement la rate que la guérison spontanée puisse se faire sans que jamais l'attention du malade ou du médecin ait été éveillée. Si cela était, la splénotuberculose n'aurait pas la gravité que nous lui avons attribuée, elle guérirait facilement par la triade thérapeutique des affections tuberculeuses.

En fait, si cette tuberculose atténuée de la rate

existe vraiment, elle n'est pas diagnosticable puisqu'elle ne se traduit par aucun symptôme.

Pratiquement, on peut dire que la tuberculose primitive de la rate s'accompagne toujours de splénomégalie ; que dès qu'il existe de la splénomégalie tuberculeuse, le pronostic est fatal si le chirurgien n'intervient pas.

On interviendra donc le plus tôt possible dès que chez un malade atteint de splénomégalie on relèvera des antécédents bacillaires nets. Si l'on a des doutes, on pourra commencer par une laparotomie exploratrice. Si, pièce en mains, ces doutes persistent, on prélèvera, si c'est possible, une petite portion de la tumeur, des adhérences, de l'épiploon, des ganglions du hile. L'examen de ces pièces au microscope, leur inoculation au cobaye démontrent-elles leur nature tuberculeuse, on fera la splénectomie dans une seconde séance. On la fera d'emblée quand on aura les plus fortes présomptions en faveur d'une splénotuberculose.

Il va sans dire que l'intervention sera contr'indiquée si l'infection bacillaire a envahi d'autres organes, si elle est en voie de généralisation. Mais comment le reconnaître ? S'il y a de l'hypertrophie du foie (qui est après la rate l'organe le plus fréquemment atteint) et de l'hyperglobulie (au-dessus de 5 millions de globules rouges) Lefas.

Pratiquée à temps, la splénectomie donnera le plus souvent des résultats favorables. Elle est la seule opération logique. Burke, Quénu et Baudet ont

pratiqué la splénotomie mais c'est sans doute parce qu'au moment de l'intervention ils ont jugé la splénectomie impossible ou qu'ils ont méconnu la véritable nature de la splénomégalie. La malade de Quénu a guéri, c'est une chance, et encore nous ne savons pas combien de temps s'est maintenue la guérison. La malade de Burke est morte. Il est évident qu'en laissant subsister le foyer tuberculeux, la splénotomie ne peut être, pour le malade, qu'un traumatisme inutile et dangereux.

Voici le résultat des 19 observations que nous rapportons :

A splénectomie impossible : 1 cas.

B splénotomie  $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ guérison} \\ 1 \text{ mort.} \end{array} \right.$

C splénectomie  $\left\{ \begin{array}{l} 10 \text{ guérisons} \\ 6 \text{ morts.} \end{array} \right.$

Tous les auteurs ne disent pas si la guérison a été durable. Nous savons que Bayer a revu son malade en bonne santé 6 mois après l'intervention, Fischer, un an, Kummel, plusieurs mois, Mariott, 8 mois, Albrecht six mois. La femme splénectomisée par Grillo mena à bien une grossesse ; celle de Carle en supporta deux. La malade dont nous rapportons l'observation opérée en décembre 1921, est actuellement (mai 1923), en excellente santé.

Les résultats de la splénectomie pour tuberculose localisée de la rate sont, on le voit, tout à fait favo-

rables puisque cette intervention donne 67 % de guérisons. Et cependant ils ne pourront que s'améliorer par la suite. En effet, plusieurs de nos observations sont anciennes et chargent fortement le pourcentage de la mortalité. Celle-là ne pourra que diminuer grâce à l'asepsie, aux progrès de la technique et à un diagnostic plus précoce.

Nous n'insisterons pas sur la technique de la splénectomie qui ne présente, dans l'affection qui nous occupe, aucune particularité. Nous ferons simplement remarquer que l'opération étant pratiquée sur des sujets bacillaires, à résistance diminuée, on les traumatisera le moins possible. On se contentera donc d'abord d'une simple incision abdominale verticale. Si elle ne suffit pas il sera toujours temps de brancher sur elle une incision transversale parallèle au rebord costal gauche avec ou sans incision de ce rebord.

On pourra bien mieux, comme le recommande le Professeur Lecène, se servir d'une incision qui commence sur le rebord costal gauche au niveau des cartilages de la 9<sup>e</sup> ou de la 10<sup>e</sup> côte et qui descend obliquement jusqu'à l'ombilic, ou plus tôt qui affecte la forme d'une courbe presque verticale dans sa partie supérieure, concave en haut et en dedans dans sa partie inférieure. Cette incision sera prolongée jusque sur le rebord chondro costal, si c'est nécessaire. On aura ainsi un jour considérable sur le pôle supérieur de la rate qu'il est difficile de voir par l'incision ordinaire.

Enfin on n'oubliera pas que les hémorragies primitives ou secondaires constituent le danger principal de la splénectomie. On apportera donc tous ses soins à la ligature des pédicules : principal et accessoires développés au niveau des adhérences. On ne refermera la paroi (en trois plans) qu'après une hémostase parfaite. Si, néanmoins (comme cela arrivera presque toujours à cause des adhérences) il persiste un suintement sanguin, on laissera un drain et des mèches au contact des surfaces saignantes.

---

## Observations <sup>(1)</sup>

---

### OBSERVATION I

*Mariott. Acute tuberculosis of the spleen. The Lancet, 22 novembre 1895, page 1292*

Une femme de 30 ans portait depuis deux ans une tumeur abdominale. Pas d'antécédents syphilitiques. Les ganglions lymphatiques n'étaient pas tuméfiés. La tumeur augmenta progressivement de volume sans causer de douleurs, mais dans les derniers temps son volume s'accrût rapidement. Laparotomie : on extirpa une rate longue de 20 dm., large de 13, épaisse de 8. Cette rate était farcie de nodules ; au microscope on constata que ces nodules étaient constitués par des tubercules. Les contours naturels de l'organe étaient conservés. Il n'y avait pas ailleurs de tubercules. La malade guérit très bien et se trouvait en bonne santé huit mois après l'opération.

---

### OBSERVATION II

*Lawrence Burke, Splenectomy in a case of tuberculose of the spleen. Dublin journ. of med. science 1889, LXXXVII, p. 540.*

Femme de 27 ans. Se plaignait de douleurs dans la ré-

---

(1) Nous remercions ici notre excellent ami le Dr Jean Maurice Adam, linguiste distingué, qui a bien voulu nous apporter son inappréciable concours, en traduisant les observations étrangères rapportées dans ce travail.

gion splénique. A l'examen on trouvait une tumeur volumineuse s'étendant jusque dans les lombes. La malade l'avait remarquée pour la première fois cinq mois après une grossesse, mais depuis, elle avait atteint un volume considérable. Rien aux poumons. Laparotomie : incision verticale du pubis à l'ombilic ; cette incision n'est pas suffisante et on est obligé de la prolonger au-dessus de l'ombilic. La rate fut enlevée, le pédicule lié et sectionné. Mort par péritonite. « La rate, dit l'auteur, pesait 3 lbs et mesurait 10 pouces  $\times$  7  $\times$  2  $\frac{1}{2}$ , lorsqu'elle eut séjourné 24 heures dans l'alcool. Je fis quelques sections de la tumeur qui me révélèrent la présence de la tuberculose ».

---

### OBSERVATION III

*Hayden. A case of tuberculose of spleen with surgical treatment. Journal of the American Médical Association, 2 avril 1898.*

Femme de 24 ans, douleurs internes dans l'hypocondre gauche. Pas de fièvre. Pouls : 100 ; appétit conservé. La rate est grosse et très douloureuse. Pas de paludisme. Pas de syphilis. La tumeur augmente rapidement et atteint l'ombilic. La fièvre (38°) apparaît. Laparotomie : on tombe sur une tumeur molle et grisâtre entourée de tissu fibreux ; on l'incise simplement sans l'extirper. Il s'écoule un liquide sanieux dans lequel on trouve des bacilles de Koch. Par la suite, la tumeur augmenta de volume, le pouls devint plus fréquent, il survint de la toux et des hémoptysies. La malade ne survécut que quelques mois. A l'autopsie on trouva des tubercules dans le foie et dans le pancréas.

---

#### OBSERVATION IV

*Quénu et Baudet, Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, avril 1898*

Femme de 24<sup>e</sup> ans. On relève des cas de bacillose parmi ses ascendants. Réglée à 15 ans. Arrêt des règles de 19 à 21 ans. Adénites dans le jeune âge. Depuis trois ans elle contracta des bronchites tous les hivers.

En mars 1895, la malade constata pour la première fois une tumeur dans l'hypocondre gauche, tumeur douloureuse qui l'empêche de marcher et de respirer ; ces douleurs disparaissent bientôt pour faire place à une sensation de gêne, de pesanteur dans le côté gauche.

En novembre 1896, la tumeur jusque-là stationnaire s'accrût brusquement, les douleurs revinrent, et la malade entra à l'hôpital en avril 1897. A l'examen, on trouva dans l'hypocondre gauche une tumeur mobile, lisse, élastique, qui se perdait en arrière dans la région lombaire.

L'anémie paraissait très marquée, quoique le nombre des globules rouges fût normal ; anorexie, constipation, parfois coliques intestinales, amaigrissement, aucun signe de tuberculose pulmonaire. Température normale.

Opération le 15 avril 1897. « On fit une incision verticale sur le grand axe de la tumeur, c'est-à-dire sur le prolongement de la ligne axillaire, cette incision débordait de 15 centimètres en bas le rebord costal ; on l'agrandit à l'aide d'une incision transversale perpendiculaire à la première, au niveau de son extrémité supérieure en la dirigeant vers la ligne médiane ».

Le péritoine ouvert, on trouva une tumeur du volume d'une tête d'adulte, de coloration gris blanchâtre et à tel point fluctuante, que M. Quenu crut se trouver en présence d'un kyste hydatique. En soulevant la paroi, on

constata que le tissu splénique reprenait brusquement sa coloration violacée normale à la partie supérieure. L'ensemble de cette masse était donc constituée par deux segments : un segment supérieur par la rate saine, un segment inférieur par la tumeur. Les adhérences étaient nombreuses et serrées ; l'extirpation fut impossible. On incisa la tumeur dont on sutura les bouts aux bords de la plaie abdominale ; drainage. Les jours suivants, élimination considérable de masses fibrinoïdes gangrenées et de liquide louche à odeur fétide. L'examen bactériologique y révéla la présence de bacilles tuberculeux ; une inoculation fut faite au cobaye qui donna un résultat positif.

Dès que la plaie fut cicatrisée, la malade put se lever et marcher, la guérison fut complète au bout de 4 mois. L'état général devint excellent, il persista seulement une fistule au niveau de la plaie abdominale.

10 mars 1897 : globules rouges 4.495.000 ; avant l'opération : globules blancs 6,300.

25 novembre 1897 : globules rouges 4.619.000 ; 3 mois après guérison : globules blancs 6.696.

---

#### OBSERVATION V

*Lannelongue et Vitrac, Bulletin de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 1898, page 205*

Femme de 38 ans, troubles digestifs insignifiants, amaigrissement peu marqué. Dans l'hypocondre gauche, tumeur mobile du volume du poing, aucune lésion pulmonaire. Pas d'antécédents intéressants. Pas de paludisme. Pas de leucémie. Pas de syphilis. Le diagnostic incertain motiva une laparotomie exploratrice. L'incision fut faite à gauche le long et en dehors du muscle

droit. La rate fut facilement mise à nu, elle était augmentée de volume (300 gr.). La ligature du pédicule et la rupture de quelques adhérences très lâches se firent sans incidents. Les suites opératoires immédiates furent bonnes mais bientôt, par la plaie restée ouverte, une abondante suppuration s'établit. Malgré une nouvelle intervention pour faciliter l'écoulement du pus, la malade mourait deux mois après la première opération, de septicémie.

La rate avait une consistance normale, une coloration un peu pâle. Les tubercules étaient disposés en plus grande abondance dans le voisinage de la capsule. Les ganglions du hile étaient également tuberculeux. Le microscope décelait des cellules et des bacilles.

---

## OBSEVATION VI

*Bland Sutton, Splénectomie pour rate mobile tuberculeuse. The practitioner, London 1898*

Femme de 21 ans, mariée et mère d'un enfant. Se plaint d'une tumeur dans le côté gauche qu'elle a remarquée pendant sa grossesse. L'examen était facile car la paroi abdominale était flasque et amincie. La tumeur très mobile était de forme ovale et mate à la percussion. Elle était pour la malade une telle cause de gêne et de douleurs que l'on décida l'opération. Auparavant on examina soigneusement la malade au point de vue pulmonaire, car elle avait présenté des lésions assez avancées du sommet droit. Une numération globulaire donna des chiffres normaux, tant pour les globules rouges que pour les globules blancs. La splénectomie fut pratiquée. La malade guérit parfaitement. La rate fut exami-

née soigneusement et l'on trouva à sa surface des nodules tuberculeux avec quelques bacilles de Koch.

### OBSERVATION VII

*Comminotti (1) Hyperglobulie et Splénomégalie Wiener  
Klinische Wochenschr, 1900, p. 881*

Femme 39 ans. Depuis longtemps souffrait de dysménorrhée. Grosse tumeur de l'hypochondre gauche. Hypertrophie hépatique.

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 7.500.000 |
| Globules blancs..... | 7.000     |

La rate extirpée pesait 4.200 gr., elle mesurait 40 cm. de circonférence ; on voyait à sa surface de nombreux nodules, mais il n'était pas possible d'affirmer macroscopiquement leur nature tuberculeuse. La malade mourut 50 jours après l'opération. On trouva les mêmes nodules dans le foie et de la carie des vertèbres «Malheureusement, dit l'auteur, les recherches microscopiques ne furent pas faites à cause d'un oubli ».

### OBSERVATION VIII

*Carle. Journal de la Royale Académie de Médecine de  
Turin, 1901, p. 506*

Nous trouvons, dans ce journal, les quelques lignes qui suivent et que nous reproduisons fidèlement :

(1) Tous les auteurs qui se sont occupés de la tuberculose localisée ont reproduit cette observation. Nous le faisons également mais sous toutes réserves, car il n'y a pas eu d'examen histologique.

« Le professeur Carle rapporte l'observation d'un autre cas de splénectomie. L'examen histologique révéla une tuberculose primitive de la rate. La malade guérit et put mener à bien deux grossesses après l'opération ».

## OBSERVATION IX

*Grillo, Gazette Médicale de Turin*  
12 septembre 1901

Sur un cas de splénomégalie tuberculeuse.

Femme de 19 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Faible et malade pendant son enfance. N'a jamais vécu en pays malarique. Réglée à 16 ans.

La malade entre à l'hôpital, le 11 mars 1900. Il y a un an elle a ressenti, dans l'hypochondre gauche, une douleur sourde. La palpation de cette région révélait une tumeur peu douloureuse à la pression ; cette tumeur augmentant graduellement de volume, devenait pour la malade une cause de gêne respiratoire. Troubles digestifs vagues, peu marqués. Pâleur ; léger amaigrissement.

A l'examen on trouvait une tumeur qui occupait et débordait l'hypochondre gauche ; elle était lisse, rénitente, se déplaçait facilement suivant les mouvements respiratoires.

Poumon, cœur normaux. Légère hypertrophie des ganglions cervicaux à gauche.

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 4.640.000 |
| Globules blancs..... | 2.825     |

On avait exclu : leucémie, malaria, syphilis, cardiopathie, cirrhose hépatique et on avait fait le diagnostic de splénomégalie primitive ou maladie de Banti, à son stade initial ou préascitique.

La splénectomie fut faite le 5 avril 1900. Laparotomie médiane. Rate énorme avec quelques adhérences au péritoine et aux organes voisins. Poids : 1.075 gr. A la section, nombreuses granulations grisâtres dont l'examen microscopique révéla la nature tuberculeuse. Pas de bacilles de Koch.

La malade sortait guérie le 6 juin 1900. Elle était en bonne santé un an après l'opération.

#### OBSERVATION X

*Bayer, Tuberculose primitive de la rate, Mitt, a. d. grenzg. d. med. u. chir.*

Homme de 53 ans, ouvrier d'usine. Ses parents sont morts âgés, ses 3 frères sont vivants et bien portants. Lui-même n'a jamais été malade. Depuis six semaines environ, il ressent des points douloureux dans la région épigastrique et dans le côté gauche, il a beaucoup maigri.

L'examen révèle un cœur et des poumons en bon état. Le foie n'est pas hypertrophié, il paraît normal. Pas d'adénite, pas d'ostéite. Légère pâleur de la peau et des muqueuses.

A la palpation, on trouve dans l'hypochondre gauche une tumeur ferme, arrondie, qui s'étend en dedans jusqu'à l'ombilic et en bas jusqu'à deux travers de doigts de la ligne bi-iliaque. Cette tumeur est facilement perceptible en arrière dans la région lombaire. Rein, tube digestif normaux. On ne trouve de sang ni dans les urines, ni dans les selles.

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 6.000.000 |
| Globules blancs..... | 6.500     |

Après avoir éliminé le diagnostic d'hydronéphrose, on s'arrête à celui de tumeur maligne de la rate, surtout à cause de l'amaigrissement rapide du malade. Rien, en effet, dans l'histoire de son affection, dans ses antécédents personnels et héréditaires ne pouvait faire penser à la tuberculose.

Le 24 septembre, on pratique la laparotomie. L'incision va de la 12<sup>e</sup> côte à la crête iliaque, sectionnant les muscles transverses de l'abdomen. On explore le rein gauche qui est en position normale. La rate apparaît bleuâtre, mais le patient présente bientôt une syncope chloroformique, et on arrête l'opération. Ce n'est que le 7 octobre que la splénectomie fut pratiquée, après incision transversale cette fois. La tumeur extirpée tout entière pesait : 1.750 gr. Elle était de couleur rouge, de consistance molle et présentait en 3 endroits des nodules ramollis. Dans le parenchyme on trouvait de nombreuses granulations miliaries. Le microscope établit l'existence de follicules tuberculeux typiques. Pas de bacilles de Koch.

Le malade quittait le lit le 30 octobre et rentrait chez lui le 8 novembre 1903. Le 3 avril 1904 il écrivait qu'il avait repris son travail à l'usine et qu'il jouissait d'une santé parfaite.

---

#### OBSERVATION XI

*Delore. Splénomégalie tuberculeuse, splénectomie,  
Lyon Médical 1906*

Femme de 29 ans, aucun antécédent héréditaire ni personnel. Mère de 3 enfants. A présenté les premiers troubles abdominaux au cours de sa dernière grossesse. A son entrée à l'hôpital, la malade se plaignait de dou-

leurs dans le côté gauche de l'abdomen, avec irradiations thoraciques et dyspnée. Elle était asthénique, amaigrie, son état général était mauvais. Dans le côté de l'abdomen on sentait une tumeur immobile, adhérente, volumineuse, un peu douloureuse à la palpation, envahissant les lombes en arrière pour donner le ballotement rénal. Elle présentait cependant un bord antérieur tranchant qui permit de faire le diagnostic de l'organe. Rien du côté des urines. On diagnostiqua une splénomégalie de cause inconnue.

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 3.720.000 |
| Globules blancs..... | 4.486     |

Signes discrets de tuberculose pulmonaire au sommet droit ; un peu d'obscurité respiratoire à la base gauche ; pas de fièvre.

Opération le 18 juin 1906. Laparotomie par une incision antérieure à convexité externe, allant des fausses côtes à l'épine iliaque antéro-supérieure. On tomba sur une grosse rate adhérente en haut et en arrière à la paroi abdominale, en avant et en bas au grand épiploon qui, très épaissi, était venu pour ainsi dire l'englober et l'isoler du reste de la cavité abdominale. Ces adhérences, une fois rompues, on lia le ligament gastro-splénique très épaissi. L'opération fut simple et rapide, on fit néanmoins une contre-ouverture dans la région lombaire, pour y placer un gros drain qui ressortait par la plaie antérieure « c'est toujours au drainage par la voie lombaire qu'il faut avoir recours après la splénectomie, car après cette opération il reste une poche énorme où le sang s'accumule et suppure souvent ».

Suites opératoires excellentes, malgré un peu de fièvre les jours qui suivirent l'opération. La guérison fut complète, l'état général excellent.

Grosse rate : 450 gr., un peu dure. Le tissu splénique

est un peu épaissi, mais ne présente ni abcès ni autre phénomène pathologique. La sclérose est surtout marquée à la périphérie, il y a une périsplénite très accentuée. Sur les ligaments gastro-spléniques, pancréatico-spléniques et sur le grand épiploon épaissi, on remarque de nombreuses granulations, dont l'examen histologique démontra la nature tuberculeuse.

---

## OBSERVATION XII

*Franke. Tuberculose primitive de la rate. Deutsch. med. wochens, n° 41, 1906*

Femme, 28 ans, vient consulter le 12 janvier 1906, parce qu'elle souffre d'une grosseur dans le côté gauche depuis son dernier accouchement, en juillet 1905. Depuis cette date, la tumeur a augmenté progressivement de volume, gênant la malade, surtout lorsqu'elle s'asseyait. Aucune maladie antérieure. Température subfébrile parfois. Léger amaigrissement, mais pas d'anémie. Poumons et cœur en bon état.

A l'examen de la malade on remarque dans le côté gauche une tumeur volumineuse dépassant à droite la ligne médiane, s'engageant en haut sous le rebord costal, descendant en bas à peu de distance de la crête iliaque. Cette tumeur paraissait mobile et s'abaissait à l'inspiration. L'examen des autres organes ne révélait rien de particulier. Pas d'ostéite, pas d'adénite, pas de température. Après avoir éliminé le paludisme, la syphilis, la leucémie, on fit le diagnostic de splénomégalie d'origine inconnue.

La splénectomie fut pratiquée au mois de janvier 1906 ; incision transversale partant de l'ombilic et se prolongeant en dehors et en bas. Opération simple et rapi-

de. Très peu d'adhérences. Pas d'hémorragie. Sur le hile de la rate on trouva une petite tumeur, molle, de la grosseur d'une noix.

Deux jours après l'opération la malade présenta une pneumonie gauche ; on enleva les fils le neuvième jour. Le 8 février, la malade qui allait très bien, voulut partir malgré l'avis du médecin. Elle mourut subitement pendant le voyage.

L'examen du sang, quelques heures après l'opération, avait donné :

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 4.500.000 |
| Globules blancs..... | 6.000     |

La surface de la rate était recouverte de petites taches grises de la grosseur d'une lentille. On avait retrouvé les mêmes taches sur le foie qui n'était pas augmenté de volume ; le péritoine et l'intestin n'en présentaient pas. A la coupe on trouvait, dans le parenchyme splénique, de nombreux nodules dont le microscope établissait la nature tuberculeuse : centre caséifié, zone de cellules épithélioïdes, cellules géantes.

Pas de bacilles de Koch.

Rate : poids, 1.754 gr. ; longueur, 0 m. 29 ; largeur, 0 m. 06.

---

### OBSERVATION XIII

*Albrecht. Splénectomie pour tuberculose primitive de la rate. Mitt. d. gesells. f. inn med. u. Kinderk, Wien 1908, page 189.*

E. Sch., 37 ans, cuisinière. Son père est mort à 48 ans, d'affection pulmonaire. Sa mère et ses trois sœurs sont en bonne santé. La malade a eu la scarlatine et la

rougeole dans son jeune âge ; elle était anémique pendant son adolescence.

Il y a deux ans, E. Sch... a remarqué, en s'asseyant, une pesanteur dans le côté gauche. Il lui semblait qu'elle avait là quelque chose de dérangé. En février 1908, à la suite d'une grippe, elle ressentit, dans la même région, une douleur plus violente, avec irradiations dans le côté et dans la jambe gauches. Les douleurs d'abord espacées devinrent bientôt plus fréquentes et plus intenses, et obligèrent la malade à rentrer à l'hôpital.

C'est une personne de taille et de corpulence normales, de teint un peu pâle. Elle n'est pas amaigrie. Pas d'adénites, aucun œdème. La température est normale, le cœur normal. Le pouls bat à 80, bien frappé et régulier. On trouve au sommet du poumon gauche la trace d'une atteinte de tuberculose, complètement guérie aujourd'hui.

Dans le côté gauche de l'abdomen, le palper qui est douloureux, révèle une grosse tumeur dépassant le rebord costal en bas, la ligne médiane à droite, la ligne axillaire postérieure en arrière. L'examen des autres organes abdominaux ne révèle rien de spécial : urines, rein, appareil génital normaux.

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 4.500.000 |
| Globules blancs..... | 5.000     |

On fait le diagnostic de splénomégalie essentielle, sans songer à sa nature tuberculeuse, et comme la malade souffre beaucoup, on fait la splénectomie.

Laparotomie médiane. L'incision s'étend de l'appendice xyphoïde à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Elle montre à gauche une tumeur qui dépasse la ligne médiane et qui est recouverte par le grand épiploon adhérent. Des adhérences existent également avec le petit épiploon, le lobe gauche du foie, la paroi posté-

rieure de l'abdomen. Après rupture de ces adhérences, on isole la tumeur qui est recouverte de tubercules. Le pédicule est lié et sectionné. On tamponne à la Mikuliez la loge splénique et on referme incomplètement la paroi. 9 jours après l'opération, on enlève les fils et les mèches de gaze que l'on remplace, à cause d'une sécrétion abondante, par un drain de 10 centimètres. La malade se lève guérie, 18 jours après l'opération. Six mois après, elle était en bonne santé.

---

#### OBSERVATION XIV

*Ciaccio, Tuberculose primitive de la rate, splénomégalie, Deutsche zeitschrift für chirurgie 1909*

Femme, 45 ans. On ne relève aucune trace de tuberculose dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Il y a un an la malade éprouva, pour la première fois, une sensation de lourdeur dans l'hypochondre gauche, ainsi qu'une douleur à la pression. Un médecin consulté constata une grosse rate qu'il mit sur le compte du paludisme et qu'il traita par la quinine. Ce traitement ne donna aucun résultat ; la rate continua à augmenter de volume et une température peu élevée se montra chaque soir. C'est alors que la malade vint à l'hôpital.

C'est une femme robuste, bien portante, mais un peu anémique.

Appareils respiratoire, circulatoire normaux. La température est légèrement élevée le soir, elle est normale le matin, le pouls est régulier et bien frappé.

On trouve dans l'hypochondre gauche une tumeur débordant de deux travers de doigts le rebord costal. Cette tumeur est influencée par les mouvements respiratoires, mais il est impossible de la mobiliser dans le sens trans-

versal. La percussion décèle de la matité, depuis la ligne médiane en avant jusqu'à la masse sacrolombaire en arrière. Le foie n'est pas hypertrophié. Il existe une petite quantité de liquide libre dans le péritoine.

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 3.200.000 |
| Globules blancs..... | 7.500     |

Après avoir éliminé la leucémie, le kyste hydatique, l'épithélioma, on s'arrêta au diagnostic de rate paludéenne, parce que la malade avait habité des pays à malaria.

On fait une laparotomie exploratrice. Il est impossible de pratiquer la splénectomie. La rate est adhérente à la paroi, aux organes voisins. Les adhérences sont tellement intimes qu'il n'est pas possible de les libérer sans risquer de léser gravement le pancréas, l'aorte, la veine-cave, les vaisseaux du rein. On peut néanmoins prélever un morceau de rate et de grand épiploon en vue d'un examen microscopique. La rate, le péritoine, l'épiploon sont recouverts de granulations grisâtres de 1 à 2 millimètres de diamètre. L'examen histologique montre des follicules tuberculeux typiques, on trouve des bacilles de Koch. L'inoculation au cobaye est positive.

---

## OBSERVATION XV

*Strehl. Sur la tuberculose de la rate. Arch. f. Klin. chir.*  
*1909, page 834*

Femme, 64 ans, aucune maladie antérieure, ses parents étaient bien portants. Elle a plusieurs enfants en bonne santé.

En décembre 1907, elle a remarqué dans le côté gauche, au-dessous du rebord costal, une petite tumeur qui

a augmenté progressivement de volume. Depuis quelques mois elle ressent à ce niveau une douleur, et après les repas une pesanteur qui la gênent beaucoup, et la décident à entrer à l'hôpital.

La malade est de taille moyenne, un peu maigre ; elle n'a pas d'appétit ; le pouls est rapide (100) et un peu arythmique. Il existe de l'emphysème pulmonaire et de l'induration du sommet droit. On trouve à gauche, au-dessus et en dedans du rebord costal, une tumeur indolore, arrondie, qui suit les mouvements respiratoires. Le foie n'est pas hypertrophié. Les urines sont normales. Strehl qui pensait à une tumeur de l'estomac n'abandonne son idée qu'après de minutieuses recherches. L'examen du sang révéla : 6.500.000 globules rouges et 12.000 globules blancs ; on fit le diagnostic de splénomégalie, mais sans en préciser la nature.

La laparotomie fut pratiquée le 14 septembre 1908. Incision verticale. On trouve une grosse rate, dont la surface ne présente aucun changement. Il existe de solides adhérences au pancréas en arrière, à l'estomac en avant. En les détachant, il s'écoule une petite quantité d'humeur caséifiée, provenant sans doute de la rupture d'un abcès. L'opération longue et difficile dure plus d'une heure. Suture et drainage.

La rate, enlevée, pesait un kilog et mesurait 24 cm. de long.

Tout alla bien dans les premiers jours qui suivirent l'opération. Le 17 septembre, il s'écoula, par la plaie, un liquide de couleur chocolat, le pouls devint complètement arythmique, l'état général s'aggrava et la malade mourut le 21 septembre, d'insuffisance cardiaque.

Après l'opération :

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 6.000.000 |
| Globules blancs..... | 22.000    |

La rate présentait à la périphérie et en plein parenchyme de nombreuses granulations tuberculeuses. Il existait vers le pôle supérieur, au niveau du hile, un foyer caséifié. Pas de bacilles de Koch. L'autopsie révéla un foyer calcifié au niveau du poumon, mais pas d'autre lésion tuberculeuse.

#### OBSERVATIONS XVI et XVII

*Kummel. Tuberculose localisée de la rate. Deutsche med. wochenschr Leipz u. Berl., 1912, page 43*

Communication du 18 octobre 1911 au Cercle des médecins de Hambourg.

L'auteur, après avoir dit que la tuberculose isolée de la rate est une affection rare, indique qu'il a pu rassembler douze cas traités chirurgicalement avec 7 guérisons et 5 décès. Puis il apporte deux faits personnels :

« Les deux malades que nous avons eu l'occasion d'opérer, dit-il sont guéris.

Le premier, âgé de 56 ans, remarqua à la suite d'une gêne, d'une douleur dans le côté gauche, une tumeur à cet endroit. Il fut mis en observation pendant un certain temps et traité pour une maladie de Banti. Au cours de l'opération qui fut faite le 22 mai, on trouva une grosse rate qui, après libération d'adhérences assez étendues avec le diaphragme et les organes voisins, fut rapidement enlevée. L'opération dura 25 minutes.

6 jours après l'opération, le malade pouvait se lever et il aurait rapidement quitté l'hôpital s'il n'était survenu un abcès de la cuisse qui prolongea la convalescence.

Vous voyez sur cette grosse tumeur de la rate, aussi bien sur la surface que sur la coupe, un nombre considé-

nable de points proéminents, atteignant la grosseur d'un petit pois.

Nous avons fait le diagnostic de la maladie de Banti, et nous ne vîmes qu'après les recherches anatomopathologiques, qu'il s'agissait de tuberculose de la rate.

Le deuxième malade est un jeune homme de 24 ans. Nous avons fait le diagnostic avant l'opération, d'abord parce que nous venions d'observer le cas précédent, ensuite parce que le malade était en traitement pour une poussée congestive des sommets et qu'il avait présenté pendant son enfance des adénites tuberculeuses.

Le malade entra dans notre service, parce qu'il se plaignait d'une tumeur douloureuse dans le côté gauche. Il n'avait pas de fièvre.

La tumeur de la rate, ainsi que les douleurs augmentaient de plus en plus, malgré cela le malade quitta l'hôpital après plusieurs semaines, sans vouloir se laisser opérer. Mais les douleurs devinrent tellement vives, que le malade revint à l'hôpital où la splénectomie fut pratiquée le 13 septembre.

Il y avait des adhérences très serrées de l'organe avec l'estomac, l'intestin, le diaphragme. Après libération des adhérences, un gros abcès tuberculeux se vida, qui était formé par un foyer caséifié de la grosseur d'une noix et que vous pouvez encore voir sur la pièce.

La plaie fut refermée rapidement, nous drainâmes la cavité laissée par l'ablation de la rate.

Le malade a guéri assez rapidement, et vous pouvez le voir aujourd'hui en excellente santé.

Je ne doute pas que dans l'avenir, la tuberculose localisée de la rate sera reconnue plus souvent, et permettra l'intervention opératoire qui entraîne la guérison ».

---

OBSERVATION XVIII

*Douglas et Eisenberg. Tuberculose de la rate. Splénectomie. American Journal of medical science, avril 1914.*

J. S., 39 ans, commerçant, mère morte de néphrite. A été sujet à des poussées fébriles pendant la première enfance, à des épistaxis pendant l'adolescence. En 1900, l'extirpation d'un ganglion suppuré de la région inguinale s'est accompagnée d'une hémorragie importante. Pendant longtemps le malade a fait des excès de boisson, mais il est sobre aujourd'hui. L'affection dont il se plaint remonte à 1908. A cette époque J. S. souffrait de l'estomac et l'on sentait déjà la rate sous les fausses côtes pendant l'inspiration. En 1909 on a trouvé du sang dans les vomissements et dans les selles du malade. En 1912 le malade entre à l'hôpital parce qu'il souffrait dans l'hypochondre gauche. La rate est grosse et déborde les fausses côtes, les autres organes sont normaux. Quelques jours après, comme le malade est atteint de grippe avec température élevée et pouls très rapide, on croit à un abcès de la rate et on opère.

Incision de 20 centimètres à gauche, sur le bord externe du grand droit. On trouve la rate garnie de petits points blancs qui paraissaient des tubercules miliaires. Les adhérences sont peu nombreuses et la splénectomie se fait facilement. On referme la partie inférieure de la plaie et on laisse un Mikuliez dans la loge splénique. Le 7<sup>e</sup> jour on enlève la gaze que l'on remplace par un drain. La température est très élevée, le pouls très rapide. Le malade meurt le 9<sup>e</sup> jour.

La rate pesait 1.350 gr., mesurait 22 cent. de long, 19 cm. de large ; sa surface était épaissie et parsemée de petites granulations grisâtres de 1 à 3 millimètres. Les

mêmes granulations existaient dans le parenchyme. Le microscope a montré des follicules tuberculeux typiques, mais pas de bacilles de Koch.

\*  
\* \*

Voici les autres observations de tuberculose primitive de la rate traitée chirurgicalement. Nous ne les reproduisons pas, parce qu'il ne nous a pas été possible de les contrôler dans le texte original.

I

HAMILTON. — *International clinic*, 1896.

II

DANHIEUX. — *Policlinique de Bruxelles*, 1907.

III

LINDER. — Splenectomy for tuberculosis of spleen. — *Long Island M. J. Brooklyn*, 1916.

IV

MÜHSAM. — Die Blutkrankheiten und ihre chirurg., Behandlung. — *Deutsche Med. Woch.*, 1914.

V

JAKSCH. — Morbus Banti und milztuberculose. — *Zentralblatt f. innere Med.*, 1918.

---

OBSERVATION XIX ( *inédite* )

*Service de M. le Docteur François, chirurgien de  
l'hôpital de Versailles*

Tuberculose localisée de la rate à forme d'abcès froid (1)

Odette, âgée de 14 ans et demi, entre à l'hôpital de Versailles le 13 octobre 1921. Père et mère bien portants. Comme antécédents personnels, on note : dans le très jeune âge une coqueluche, il y a trois ans une rougeole qui a évolué normalement, l'année dernière une bronchite, affection à laquelle l'enfant ne semble pas, d'après les renseignements qu'elle fournit, être sujette.

Maladie actuelle : Il y a trois mois la malade consulte un médecin à cause de troubles légers s'accompagnant d'un certain degré d'anémie (pâleur, conjonctives décolorées, règles irrégulières et douloureuses). Elle est traitée pour paludisme sur la constatation d'une matité splénique assez considérable. La température ne semble pas, d'après ses indications, s'être élevée au-dessus de 38°. Aucun accès passager d'hyperthermie n'a été noté. Entre temps une légère pleurésie sèche du côté gauche s'est manifestée, qui, cliniquement, n'a laissé aucune trace.

Depuis cette époque la jeune malade a constaté qu'une voussure était apparue, siégeant dans la région inférieure et latérale gauche du thorax, correspondant à la topographie splénique. Cette localisation a disparu, mais actuellement une tumeur s'est développée de façon absolument indolore dans l'hypochondre gauche qu'elle fait bomber.

La palpation la délimite nettement. Son bord interne descend des fausses côtes gauches vers l'ombilic, en empiétant légèrement sur la ligne médiane, à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il s'incline à gauche

---

(1) Nous remercions notre excellent collègue le Dr Labadille qui a bien voulu nous aider dans la rédaction de cette observation.

et descend obliquement en bas et en dehors, pour finalement se confondre avec la masse lombaire. D'un relief égal, lisse et tendue, la tumeur présente une consistance rénitente.

La percussion permet de la délimiter nettement en dedans et en bas. On la voit ainsi séparée, en dedans, de la matité hépatique par une bande sonore et se confondre en haut et en dehors avec la matité splénique. La malade prétend ressentir, à la percussion, une sensation de flot, mais peut-être cette sensation répond-elle à une dilatation gastrique avec stase alimentaire, car elle est surtout manifeste après les repas.

Enfin la tumeur donne très nettement le contact lombaire.

Appareil digestif. Rien de très particulier : la malade conserve bon appétit et ne se plaint d'aucune gêne spéciale. Les digestions qui semblent longues ne sont nullement pénibles. Aucune constipation.

Appareil respiratoire normal, il ne subsiste aucune trace de la pleurésie.

Appareil circulatoire. Cœur tout à fait normal. Pouls régulier et bien frappé, bat à 77. Température constamment à 37°.

APPAREIL URINAIRE. — Aucun trouble de la sécrétion urinaire. Urines limpides, ne contenant ni sucre ni albumine. On ne réveille aucune douleur à la palpation des reins.

Appareil génital. Jeune fille normalement développée. Réglée à 14 ans de façon, dit-elle, assez douloureuse, à signaler qu'elle n'a vu ses règles que deux fois. Depuis sa maladie, c'est-à-dire environ trois mois, les règles ont cessé.

SYSTÈME NERVEUX normal.

Radiographique. Région rénale gauche : pas de calcul apparent.

RADIOSCOPIE (D<sup>r</sup> Hadengue). On note :

a) Une très forte aérophagie avec bruit de flot (clapotement) perceptible à distance.

b) Une masse opaque, située dans l'hypochondre gauche et s'estompant vers le flanc. Elle paraît séparée de l'ombre hépatique par la très vive clarté de la poche à air gastrique. Le foie n'est pas hypertrophié.

c) Il semble que la masse perçue au palper soit d'origine splénique ou juxta-splénique.

d) Du côté du thorax on note de légères adhérences costo-diaphragmatiques gauches par réaction pleurale (pleurite sèche).

Eosinophilie négative.

Réaction de Weinberg négative.

Cuti-réaction à la tuberculine positive.

Globules rouges..... 4.800.000

Globules blancs..... 7.500

CYSTOSCOPIE. Pour éliminer toute possibilité d'hydronéphrose congénitale, un cathétérisme est pratiqué, qui montre une perméabilité complète, sans aucune rétention.

OPÉRATION le 15 décembre 1921. Anesthésie à l'éther.

Incision transversale allant de l'extrémité de la 10<sup>e</sup> côte à la ligne médiane. La malade étant placée sur un billot, l'incision donne un jour très suffisant, qui permet de reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur kystique de la rate.

Sur la tumeur l'épiploon, largement étalé, présente des adhérences faciles à libérer après quelques ligatures.

La main est alors introduite, et après avoir libéré les adhérences postérieures et supérieures également lâches, parvient à faire le tour complet de la tumeur. Il se produit un suintement hémorragique assez important, mais peu inquiétant.



FIG. 1. — Aspect macroscopique de la rate. En haut, pôle supérieur de la rate encore reconnaissable. Le pôle inférieur est remplacé par une vaste poche kystique remplie de pus d'apparence tuberculeuse.

A ce moment on cherche à énucléer la tumeur, mais on n'y parvient pas ; on est bridé par la paroi abdominale. On branche alors une incision médiane verticale sur l'incision primitive, ce qui permet de relever tout le quadrant supérieur gauche de la paroi abdominale jusqu'au rebord costal.

Spontanément, alors, dans un effort de la malade, la tumeur s'accouche d'elle-même. On constate qu'elle comprend une poche kystique de la grosseur d'une tête d'enfant, de couleur blanchâtre, sur laquelle s'étale la rate augmentée de volume et aplatie. Kyste et rate sont intimement fusionnés et il ne faut pas songer à les séparer. La splénectomie est la seule opération possible. Elle se fait facilement, le pédicule splénique étant long et mince ; la ligature s'en fait dans de bonnes conditions et le pédicule est enfoui sous un bourrelet épiploïque.

Après détersion de la cavité laissée par la tumeur, un gros drain est placé dans le fond et sort par l'angle gauche de la plaie. La paroi est refaite en trois plans.

Les suites furent tout à fait normales, pas de température, aucune réaction locale ou générale. Le drain est enlevé le 3<sup>e</sup> jour et la malade sort de l'hôpital 15 jours après son opération.

Etat actuel. Nous l'avons revue récemment (mai 1923) en excellent état de santé. C'est une belle jeune fille de 17 ans, bien développée et qui ne se ressent nullement de l'opération qu'elle a subie. Elle travaille régulièrement dans une usine de confection d'Argenteuil, où elle habite.

Nous n'avons remarqué, en l'examinant, rien d'anormal. Elle nous a déclaré cependant avoir un appétit exagéré, qui l'oblige à se suralimenter.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (Fig. I et II). Macroscopiquement, la pièce présentait deux parties : une partie supérieure représentée par la rate, aplatie et étalée, une par-



FIG. 2. — Aspect macroscopique de la paroi de la poche.  
100

Cor = ———

I

En haut, bande caséuse. Dans la partie moyenne réaction épi-thélioïde typique parsemée de quelques cellules géantes.

En bas, zone lymphoïde, où toute organisation folliculaire a dis-paru ; épaissement du reticulum conjonctif.

tie inférieure, constituée par une poche blanchâtre, du volume d'une tête d'enfant. Cette poche fut ponctionnée à travers la rate et il en sortit un liquide (près d'un li-tre) ayant absolument l'aspect du pus tuberculeux.

Microscopiquement on trouve : une zone de substance caséuse.

Cette zone est séparée du tissu splénique par du tissu conjonctif qui forme une paroi ou kyste.

La nature tuberculeuse de la lésion est signée par la présence dans le tissu splénique, à proximité du centre caséux de nombreuses cellules épithélioïdes et de quelques cellules géantes. Dans les régions plus éloignées de la lésion on note, ça et là, l'existence de petits infarctus.

A l'immersion reconnaît quelques bacilles de Koch.

## Conclusions

---

I. La tuberculose localisée de la rate (forme essentiellement chirurgicale) est une affection qui paraît plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Nous avons pu réunir 24 observations de malades opérés pour splénotuberculose primitive. Il existe plus de cent observations médicales de malades morts de cette affection parce que le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie. Il n'est pas douteux, pour les raisons que nous avons exposées plus haut, qu'un nombre bien plus considérable encore a dû passer inaperçu même à l'amphithéâtre.

II. On devra donc toujours penser à la tuberculose primitive de la rate en présence d'une splénomégalie, rechercher soigneusement les antécédents bacillaires du malade et faire appel aux méthodes de laboratoire.

III. La réunion de ces deux symptômes : splénomégalie et antécédents bacillaires avérés fournira les plus fortes présomptions en faveur du diagnostic si difficile de cette affection.

IV. On n'attachera, au contraire, aucune importance aux troubles digestifs, ni aux douleurs de l'hypochondre gauche, deux symptômes qu'il est classique de représenter comme de la plus grande valeur.

V. La vie d'un malade atteint de tuberculose localisée de la rate est tout entière entre les mains du médecin. Ce dernier devra se rappeler qu'il n'existe pas de traitement médical de cette affection qui, abandonnée à elle-même ou diagnostiquée trop tardivement, évolue fatalement vers la mort en l'espace de deux ans environ.

VI. Au contraire, la splenectomie pratiquée à temps sauve le plus souvent le malade. Elle a donné jusqu'ici 67 % de guérisons, chiffre qui ne pourra que s'améliorer par la suite ainsi que nous croyons l'avoir démontré.

*Vu, le Doyen,*

*Vu, le Président,*

ROGER.

LECÈNE.

*Vu et permis d'imprimer :*

*Le Recteur de l'Académie de Paris :*

APPELL.

## Bibliographie

---

- COLEY. — Tr. Path. Soc. London, 1846, p. 276.  
MONNERET. — *Arch. gén. de Méd.*, 1859, p. 513.  
BRUTE. — *France Méd.*, Paris, 1881.  
SCHAROLD. — *Aertzl intelligenzbl.*, 1883.  
BURKE. — *Dublin Journ. Med. Sc.*, 1889, p. 540.  
MARRIOTT. — *Lancet London*, 1895, p. 1239.  
COLLIER. — Tr. Path. Soc., London, 1895.  
HAMILTON. — *Internat. clin.*, 1896, p. 213.  
HAYDEN. — Tr. Indiana State Med. Soc., 1897.  
SUTTON BLAND. — *Practitioner*, London 1898.  
LANNELONGUE et VITRAC. — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1898.  
RENDU et VIDAL. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1899, p. 528.  
MOUTARD, MARTIN et LEFAS. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1899.  
ACHARD et CASTAIGNE. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1899, p. 557.  
COURMONT et TIXIER. — *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1899, p. 826.  
RAINE. — Thèse Bordeaux, 1898-1899.  
REINHOLD. — Thèse Kiel, 1899.  
COMINOTTI. — *Wien. Klin. Wochnschr.*, 1900.  
CARLE. — *Gior d. r. Accad. di Med. di Turin*, 1901.  
COLLET et GALLAVARDIN. — *Arch. de Méd. exp.*, 1901.

- GRILLO. — *Gazz. med. di Torino*, 1901, p. 721.  
STEWART. — *Am. Journ. of Méd. Sc.*, 1901, p. 309.  
BIGGS. — *Méd. Rec.*, New-York, 1901, p. 275.  
AUCHE. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1901.  
SIMONIN et DOPTER. — *Arch. de Méd. expériment.*, 1902.  
TALOT. — *Lyon-Médical*, 1902, p. 323.  
LORRAIN. — *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1903.  
FERNAND et RATHERY. — *Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 1903.  
LEFAS. — *Thèse Paris*, 1903.  
AUBERTIN. — *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1903.  
ROLLIN. — *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1903.  
CHAUFFOR. — *Journ. de Méd. et chir. prat.*, 1903.  
ROMANOW. — *Centralbl. f. chir.*, 1903, XXX, p. 30.  
VAN DE VILDE COOSEMANS. — *Ann. Soc. Méd. chir. d'Anvers*, 1904, p. 379.  
BOYER. — *Mitt. a. d. grenzg. der. Med. u. chir.*, 1904, 13 Bd., p. 523.  
VIGOUROUX et COLLET. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1905, p. 181.  
OLMER. — *Thèse de Brémont, Montpellier*, 1905.  
BRUNS. — *Thèse de Munich*, 1905.  
GAUCKLER. — *Thèse de Paris*, 1905.  
WEIL et CLERC. — *Gaz. des Hôpit.*, 1905.  
DELORE. — *Lyon-Médical*, 1906.  
FRANKE. — *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1906.  
BLOCH. — *Thèse Paris*, 1907.  
LANNOIS et WEIL. — *Congrès franç. de Méd., Compte rendu*, 1907, Paris, p. 39.  
BLOCH. — *Revue internat. de la tuberc.*, Paris, 1907.  
RIBADEAU-DUMAS. — *Rev. mens. des mal. de l'enfant*, Paris, 1907.  
DANHIEUX. — *Policlinic. Brux.*, 1907, 8, p. 60.  
SOTTI. — *Arch. de Méd. Torino*, 1908, p. 238.

- ALBRECHT. — *Mitt. d. gesellsch. f. inn. Med. v. Kinderh.*  
Wien, 1908, p. 189.
- CIACCIO. — *Deutsche Zeitschrift für chir.*, 1909.
- FISCHER. — *Wien Med. Wochenschr.* 1909, p. 2505.
- STREHL. — *Arch. f. Klin. chir.*, 1909, p. 184.
- BRUNARD. — *Cliniq. Bruxelles*, 1909, p. 161.
- LEREBoullet. — *Revue de la tuber.*, Paris, 1911.
- L. KINDBERG et MAY. — *Arch. de Méd. expér. et d'anat. pathol.*, 1912, p. 219.
- WEIL. — *Rev. int. de la tuberc.*, Paris, 1912, p. 45.
- E. WEIL. — *Paris-Médical*, 1912.
- BIANCHI. — *Morgagni. Milano*, 1912.
- KUMMEL. — *Deutsch. Med. Wochenschr. Leipz. u. Berl.*  
1912, p. 43.
- WINTERNITZ. — *Arch. intern. Méd.*, 1912, p. 680.
- LOREY. — *Beitr. Klin. d. Tuberk. Wurzb.*, 1912.
- LEFAS. — *Repert. de Méd. intern.*, Paris, 1913.
- GIFFIN. — *The Americ. Journ. of the Med. science*, juin  
1913, p. 781.
- GIBSON. — *Proceedings of the Royal Soc. of Med. Med. sect.*, nov. 1913, p. 7.
- DE MONTMOLLIN. — *Corr. bl. f. schweiz Aerzte Basel*,  
1914.
- SCHUBERT. — *München Med. Wochenschr.*, 1914.
- HALPENNY. — *Canad. M. Ass. J. Toronto*, 1914.
- DOUGLAS EISENBERG. — *Am. J. of. M. Soc.*, Philad. et  
N.-Y., 1914, p. 479.
- MÜSHAM. — *Deutsche Med. Woch.*, 1914.
- SCHUBERT et GEIPEL. — *Jahresb. d. gesellsch. f. nat. u. Heilk. in Dresd.*, München, 1915.
- LINDER. — *Long Island M. J. Brooklyn.*, 1916, p. 320.
- WIGT. — *Ann. Surg. Phila.*, 1916, p. 318.
- FIESSINGER. — *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1916, p.  
249.

STRAUB. — *Zeitschrift für Klinische Med.*, 1916, p. 335.

JAKSCH. — *Zentralblatt f. innere Med.*, 1918, p. 401.

ASKANAZY. — *Beiträge z. path. Anat. und z. allg. Path.*  
1921.

ROCH. — *Revue de Médecine*, Paris, 1923.

---

---

**I images Imp. Commerciale Perrette**

---



